

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

649

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel FAUVEL

Né le 1^{er} septembre 1916, à Merdrignac (Côtes-du-Nord)

LA GASTRECTOMIE TOTALE
CHEZ L'HOMME

Président : M. SOULA, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marcel FAUVEL

Né le 1^{er} septembre 1916, à Merdrignac (Côtes-du-Nord)

LA GASTRECTOMIE TOTALE
CHEZ L'HOMME

Président : M. SOULA, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1940

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CUNÉO.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GRÉGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉVY-SOLAL.
Clinique de cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	OMBRÉDANNE.
Assistance médico-sociale	HARVIER.
Professeurs sans chaire	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHT..... Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE..... Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOULA

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE RENNES

LA GASTRECTOMIE TOTALE CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

C'est la gastrectomie vraiment totale que nous étudions dans cette thèse.

Langenbuch, doutant de la possibilité de jamais la réaliser, prétend que « la partie cardiale de l'estomac possède comme l'humérus un col anatomique, un col chirurgical », et appelle « extirpation totale » les résections faites au niveau du col chirurgical, assez mal précisé d'ailleurs.

Nous nous en tenons à la définition de Krœnlein. Il faut, lorsque la pièce est enlevée, que l'on puisse constater la présence de l'épithélium œsophagien et de la valvule pylorique.

La présence d'une partie d'estomac, au niveau du cardia surtout, entraîne de profonds changements dans les conditions techniques de l'opération. En outre, le fonctionnement post-opératoire du tube digestif et de l'organisme tout entier, est probablement différent, quand on fait une gastrectomie vraiment totale ou quand on laisse une partie de l'estomac, aux dépens de laquelle peut se former une nouvelle poche gastrique.

HISTORIQUE

Czerny dès l'année 1878, Carvalho et Pachon en 1894, avaient démontré que chez le chien, le chat, on peut pratiquer cette opération avec plein succès.

La première gastrectomie totale chez l'homme fut réalisée en 1883, sans succès d'ailleurs, par le chirurgien américain Cormor de Cincinnati. Le sujet mourut pendant l'opération.

C'est à Schlatter, de Zurich, que revient l'honneur d'avoir exécuté le premier la gastrectomie totale avec une complète réussite, en 1897.

L'idée de réséquer la totalité de l'estomac chez l'homme avait été envisagée déjà, semble-t-il, par Albert en 1880.

Après avoir enlevé l'estomac, Schlatter fit une anastomose œsophago-jéjunale. La malade survécut un an et deux mois, puis mourut de métastases. Les recherches physiologiques pratiquées par Wroblewski et par Hoffmann, révélèrent un fonctionnement excellent du tube digestif.

Depuis la réussite de Schlatter, les publications de gastrectomie totale se sont multipliées ; mais un certain nombre de cas ne sont pas des extirpations vraiment totales, suivant la définition de Krœnlein.

En 1933, Stahnke comptait 62 succès, et J. Ducuing, C. Soula, et R. Fränkel, dans leur travail publié par le *Journal de chirurgie* du 2 août 1934, notent l'existence de 132 cas de gastrectomie vraiment totale, dans la littérature mondiale.

CONDITIONS DANS LESQUELLES FURENT RÉALISÉES LES GASTRECTOMIES TOTALES

Les gastrectomies totales ont été faites jusqu'ici, pour ulcus ou pour cancer étendus de l'estomac.

Gastrectomies pour ulcus.

L'indication en a été posée dans les cas suivants : sténose ulcéreuse médio-gastrique (Von Haberer), ulcus très étendu (Enderlein), ulcus calleux très étendu (Pauchet), ulcus calleux (Kreuter), déchirure haute de l'estomac au cours d'une gastrectomie pour ulcus (Lonenhoffer).

Gastrectomies pour cancer.

La plupart des gastrectomies totales ont été faites pour cancer. En dehors de quelques cancers du cardia, presque toujours il s'agissait de cancers très étendus, dont beaucoup avaient même atteint la totalité des parois gastriques.

Parmi les cas publiés, dans lesquels l'opération fut réalisée avec succès, on trouve toutes les formes de cancer.

Les cancers se présentant sous forme de linite plas-

tique furent l'indication d'un grand nombre de gastrectomies. Cette forme bien que très étendue, est dans la plupart des cas opérable, contrairement aux autres formes de cancer, qui à extension égale ont déjà fait des métastases et déterminé une cachexie grave.

Citons encore, bon nombre de squirrhés, d'adénocarcinomes, quelques carcinomes gélatineux, quelques cancers greffés sur ulcères, enfin des exceptions, comme des cancers multiples (Stahnke) ou combinés avec un ulcus indépendant (Burk).

Voici au contraire, les conditions qui ont semblé contre-indiquer l'opération :

L'extension locale très large du processus cancéreux ; elle n'a pas toujours été une contre-indication de la gastrectomie totale. A l'exception de cas assez rares, les cancers les plus étendus, s'arrêtaient à la limite cardio-œsophagienne.

L'état local du cancer : à cause des adhérences inflammatoires.

Dans quelques cas, le cancer avait envahi les organes voisins, rendant impraticable l'exérèse ; et dans ces conditions, le plus grand obstacle fut constitué, par l'envahissement cancéreux de la paroi postérieure de l'arrière cavité des épiploons. Pour certains auteurs l'invasion du pancréas, de la rate, et même du côlon transverse, ne constitua pas une contre-indication absolue.

Un rôle important fut évidemment joué par l'état des ganglions : leur large invasion, en rendant leur

exérèse incomplète, constitua une contre-indication absolue.

De même l'invasion du foie par des noyaux secondaires.

L'état général du malade : au moment de l'intervention, le malade dans la plupart des cas, se trouve dans un état de cachexie extrême. Les contre-indications absolues ne sont constituées, que par certains signes généraux bien définis, tels que les œdèmes, l'ascite, les pneumopathies.

PRÉPARATION DU MALADE ET ANESTHÉSIE

Préparation du malade.

Dans les cas publiés, très souvent ce fut la préparation habituelle des opérés de l'estomac, car la plupart du temps, l'indication formelle ne put être posée qu'au cours de l'intervention.

Cette préparation diffère d'ailleurs suivant les chirurgiens, certains faisant procéder à des lavages ou à des évacuations répétées de l'estomac, d'autres au contraire évitant toute excitation pré-opératoire.

Anesthésie.

Anciennement, l'anesthésie la plus souvent employée dans la gastrectomie totale, a été l'anesthésie générale par inhalation ou par voie rectale (A. W. Meyer, Stahnke).

Plus récemment, les interventions ont été pratiquées sous anesthésie locale et générale, ou sous anesthésie locale, splanchnique et générale. Finsterer, sur 12 cas, opéra 4 fois sous anesthésie locale et

générale et 8 fois sous anesthésie locale et splachnique.

La rachi-anesthésie a été également employée (Pauchet). M. Abadie reste fidèle à l'infiltration de la paroi sus-ombilicale, complétée par la rachi-analgésie : « L'analgésie régionale ou locale doit être la règle, l'anesthésie générale l'exception ».

L'anesthésie exclusivement générale, ne convient pas aux malades subissant une gastrectomie totale, dont l'état général le plus souvent est mauvais.

RÉSUMÉ

DES TECHNIQUES EMPLOYÉES

Notre intention n'est pas d'écrire, dans tous leurs détails, les nombreuses techniques employées pour réaliser la gastrectomie totale. Nous nous contenterons de rappeler en quelques mots, les différents procédés opératoires qui ont été utilisés, et surtout, de montrer les idées qui conduisirent les chirurgiens dans le choix de leur technique.

I. — Voies d'accès sur la région opératoire.

Les voies d'accès qui sont utilisées pour la gastrectomie totale sont, soit purement abdominales, soit combinées à des opérations sur le thorax ; ces dernières ont lieu avec ou sans ouverture de la plèvre.

La voie d'accès abdominale a été le plus souvent pratiquée ; les incisions sont verticales, médianes, sous-costales gauche ou droite, en travers du grand droit gauche. On a combiné les incisions médianes et les incisions transversales, en faisant des incisions en L ou en T.

Mais en règle générale, dans presque toutes les opérations publiées, l'incision a été médiane.

Nous allons décrire quelques opérations complémentaires, pratiquées sur le thorax pour faciliter l'abord de l'œsophage abdominal. Ces voies d'accès complémentaires par le thorax sont une exception.

La méthode de Marwedel consiste à sectionner en dehors du sternum, les cartilages des dernières côtes fixes, sans ouvrir la plèvre.

Mais la plupart du temps les opérations ont été plus larges.

L'opération d'Hilarowicz consiste à faire une espèce de lambeau de Marwedel élargi et plus facilement mobilisable, en libérant les côtes par une double section, sans ouvrir le diaphragme et le sinus pleural antérieur. L'abdomen est ouvert par deux incisions formant un lambeau angulaire. Une incision verticale et médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, et une incision oblique, de l'ombilic à la XI^e côte sur la ligne axillaire postérieure.

Le grand lambeau angulaire à base thoracique ainsi obtenu, comprend les muscles abdominaux, les côtes, le diaphragme et la plèvre.

L'opération de Lobenhoffer libère les dernières côtes gauches, et permet de relever un lambeau thoracique. De plus, l'auteur y ajoute un pneumothorax artificiel, qui amène un relâchement diaphragmatique.

L'opération de Torikata a été employée dans un cas de gastrectomie totale, dans lequel le diaphragme était particulièrement élevé. La chirurgie endothoracique est faite après « thoracotomie unilatérale libre », c'est-à-dire sans appareil à hyperpression. Après fer-

meture de la plaie, l'air contenu dans la plèvre est aspiré à l'aide d'un trocart.

Malgré une durée de 5 h. 15 m., et une ouverture de la cavité pleurale de 50 minutes, cette grande opération fut bien supportée par le malade qui survécut.

II. — Libération de l'estomac.

En ce qui concerne la libération de l'estomac, c'est-à-dire la section et le décollement des épiploons, la section et la fermeture du duodénum, la ligature des vaisseaux, il n'y a rien de particulier à signaler.

Tout se fait comme pour une résection gastrique quelconque; mais la libération de l'estomac doit être complète jusque l'œsophage.

III. — Préparation de l'œsophage.

La gastrectomie totale se distingue de la résection subtotale de l'estomac, par la préparation de l'œsophage et l'abouchement œsophago-intestinal.

Mais pour permettre l'allongement de l'œsophage, il faut préalablement sectionner les formations qui empêchent sa mobilité, à savoir : ses vaisseaux et les nerfs vagues, malgré les ennuis que cela comporte.

Il faut ensuite obtenir un segment d'œsophage aussi long que possible. Parfois des modifications, congénitales ou acquises, de la partie abdominale de

l'œsophage, rendent superflue toute manœuvre spéciale.

Dans les autres cas, il faut procéder à certaines manœuvres. La plus simple consiste à incliner la tête sur le thorax, ce qui permettrait une véritable mobilisation de l'œsophage. En dehors de cette manœuvre réalisée par Moynihan seulement, la manœuvre la plus fréquente pour allonger l'œsophage est la traction plus ou moins forte de l'organe, soit à l'aide de l'estomac, soit à l'aide de pinces. Mais cette traction n'est pas inoffensive, et peut déterminer des troubles réflexes, et même des troubles de la nutrition des parois œsophagiennes (Hilarowicz), qui relèveraient de la traction brutale exercée au moment de l'opération, mais aussi de celle persistant après.

Les manœuvres spéciales de la préparation du bout œsophagien causaient aux opérateurs des appréhensions, qui ne se sont d'ailleurs pas entièrement justifiées à l'expérience, car on n'a eu que rarement l'occasion d'observer une médiastinite ou un pneumothorax, crainte principale des auteurs.

L'œsophage doit-il être libéré à l'aide d'instruments tranchants ou mousses ?

Hinz, dans ses 4 cas de gastrectomie totale, s'est contenté de sectionner circulairement la séreuse diaphragmatique autour de l'œsophage, après quoi ce dernier put spontanément sortir du thorax. Cette incision du péritoine diaphragmatique, autour de l'hiatus œsophagien, a été encore pratiquée par Beresow et Finsterer.

Les autres manœuvres consistent à libérer l'œsophage diaphragmatique et thoracique, à l'aide des doigts ou d'instruments mousses. Il est préférable de les réaliser après section circulaire du péritoine diaphragmatique, de façon à toujours ménager autour de l'œsophage une précieuse enveloppe séreuse.

IV. — Résection de l'estomac et « prise » de l'œsophage.

Après allongement suffisant de l'œsophage abdominal, on peut soit effectuer l'ablation de l'estomac, soit conserver cet organe comme agent de traction pendant l'anastomose.

Dans le premier cas, l'œsophage doit alors être fixé à l'aide de pinces ou de fils.

Mais l'application de pinces entraîne quelques inconvénients ; on a besoin de pinces puissantes, mais ces dernières sont dangereuses, et peuvent déterminer la nécrose du fragment œsophagien trop serré.

Un autre inconvénient est mentionné par Hinz : c'est l'excitation des nerfs vagues par l'application de pinces.

Harvie et Hilarowicz ont utilisé les fils, pour effectuer la traction et la présentation du segment œsophagien ; mais le tissu de l'œsophage est extrêmement fragile, et le moyen le plus sûr pour ne pas le léser est, semble-t-il, de conserver l'estomac pendant la suture postérieure. Ce moyen a été utilisé par Moynihan, Hinz, Schoemaker, Unger, Lehmann, etc.

V. — Anastomose œsophago-intestinale.

a) *Technique générale.*

L'œsophage ayant été amené à bonne portée, soit à l'aide d'une traction exercée sur l'estomac, soit au moyen de pinces ou de fils, il faut établir l'anastomose œsophago-intestinale. Dans la technique générale de cette anastomose, on peut utiliser des boutons ou des sutures.

Le bouton fut préféré surtout par quelques opérateurs anglo-saxons, à l'occasion des premières gastrectomies totales (Brigham-Brooks, Macdonald). Plus tard, Van der Veer, Schopf et Kelling, ont également utilisé le bouton de Murphy. Dans tous ces cas, il s'agissait d'œsophago-duodénostomie. Kelling, cependant, a pratiqué trois anastomoses œsophago-jéjunales, à l'aide du bouton.

Les sutures sont devenues, malgré l'avis des auteurs précités, la méthode la plus générale d'anastomose, car les manœuvres pour l'application d'un bouton sous le diaphragme, paraissent délicates et dangereuses.

Les sutures cependant sont difficiles à réaliser, à cause de l'inaccessibilité de la région opératoire, de l'inégalité des lumières à affronter quand il s'agit d'une anastomose œsophago-duodénale, termino-terminale, enfin et surtout, à cause de la fragilité des tissus.

D'une façon générale, ce sont les sutures postérieures qui sont les plus difficiles à exécuter.

b) *Différentes formes d'anastomoses.*

Le choix entre les différentes formes d'anastomoses dépend des possibilités techniques, mais aussi de l'opinion qu'ont les opérateurs sur les avantages physiologiques de chaque forme.

En ce qui concerne les possibilités techniques, la plupart des auteurs admettent que l'anastomose œsophago-duodénale n'est pas toujours réalisable, et qu'elle ne doit être pratiquée que si la traction peut être évitée.

Von Haberer et Beresow, au contraire, sont d'avis qu'on peut arriver, à l'aide d'une mobilisation systématique et suffisante de l'œsophage et du duodénum, à réaliser presque toujours, l'œsophago-duodénostomie.

Il paraît douteux que la mobilisation de l'œsophage et du duodénum soit indiquée pour les cancers de l'estomac très avancés, car l'état général des malades est le plus souvent très précaire.

Les opinions sont très variées, en ce qui concerne le choix du type d'anastomose, d'après les données physiologiques du problème. Les résultats opératoires intéressant les fonctions digestives sont d'ailleurs favorables, quel que soit le procédé d'anastomose. Il y a cependant les partisans de l'œsophago-duodénostomie, et de l'œsophago-jéjunostomie réalisées sous diverses formes.

La première opération aurait l'avantage, d'après ses défenseurs, d'éviter la « voie morte » de l'anse afférente, le reflux et la stagnation dans celle-ci ; elle conserve en outre l'excitation duodénale mécanique, due au passage des aliments et qui détermine la sécrétion biliaire et pancréatique.

En dehors de ces avantages, soulignés surtout par Hinz, Beresow en mentionne un autre. D'après cet auteur, l'examen radiologique des malades ayant subi une œsophago-duodénostomie, révélerait une certaine stagnation des aliments, en avant de l'angle duodéno-jéjunal. Il se créerait une sorte de réservoir nouveau, empêchant une chute trop brusque des aliments dans l'intestin grêle.

Pour les anastomoses avec le jéjunum, Konjetzny a prétendu, que la plus physiologique serait l'œsophago-jéjunostomie antécolique, « à cause de la plus grande mobilité de l'anse anastomosée ».

Parmi les anastomoses exceptionnelles qui ont pu être pratiquées, on peut citer plusieurs œsophago-duodénostomies termino-latérales, et même, une œsophago-jéjunostomie latéro-latérale (Von Bardeleben), pour laquelle un examen microscopique, a révélé la totalité de l'exérèse gastrique.

VI. — Opérations complémentaires.

Aux temps opératoires que nous venons de décrire, certains chirurgiens ajoutent des opérations complémentaires, pour renforcer les sutures ou protéger

celles qui sont douteuses, pour établir un état plus physiologique de l'anastomose, ou pour assurer l'alimentation précoce des malades.

On a d'abord cherché à assurer la solidité des sutures, à l'aide de plasties péritonéales. Kirschner, a proposé un décollement du péritoine œsophagien antérieur, que l'on coudrait sur les sutures terminées.

La plupart des auteurs ont voulu former une manchette de renforcement ou de protection autour de l'anastomose, et pour cela ont utilisé, soit des tissus d'adhérence libérés pendant l'opération, soit un lambeau d'épiploon.

Hilarowicz a décrit un autre procédé de protection. Il prend une anse assez longue du jéjunum, et réunit les deux tubes de cette anse jusqu'à la courbure, par des sutures continues à la soie faites sur le bord du mésentère. On enveloppe alors l'œsophage avec les deux parties de l'anse ainsi réunies. Pour cela, on relève l'estomac, on fixe l'anse intestinale au péritoine diaphragmatique, immédiatement derrière l'œsophage; la poche gastrique est ensuite réséquée. L'œsophage tiré à l'aide de fils, est placé dans l'angle dièdre formé par les deux tubes réunis. Il est anastomosé avec le bout afférent, puis enveloppé avec les deux tubes de l'anse, dont les bords sont suturés jusqu'au diaphragme. Le sommet de l'anse est enfin fixé au diaphragme.

D'autres auteurs se sont contentés d'une simple invagination de l'œsophage dans l'intestin.

Dans le but de protéger et de ménager les sutures,

et en même temps, pour assurer l'alimentation suffisante et précoce des malades affaiblis, on a parfois pratiqué la jéjunostomie.

Cette opération fut le plus souvent réalisée sous forme de fistule de Witzel, placée sur l'intestin.

Finsterer a fait la jéjunostomie dans tous ses cas, pour assurer l'alimentation.

Enfin, une opération complémentaire très fréquemment pratiquée, fut l'entéro-anastomose de Braun. Plusieurs chirurgiens ayant effectué l'œsophago-jéjunostomie l'ont réalisée (Hofmeister, Burk, Kelling, Finsterer).

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Ce sont les soins généraux habituels après toute laparotomie, pour intervention sur l'estomac ; il y a cependant quelques particularités que l'on peut considérer.

Certains chirurgiens font surélever le bassin ou les pieds du malade, dans le but de ménager les sutures, en évitant les tractions exercées par l'intestin sur l'anastomose. De même, cette position peut être avantageuse pour éviter une péritonite diffuse, quand les sutures de l'anastomose deviennent insuffisantes. Certains auteurs prenaient aussi cette précaution, pour faire remonter la masse intestinale sous le diaphragme, où elle comble la grande cavité laissée par l'ablation de l'estomac ; cette cavité s'infecterait ainsi moins facilement.

La notion la plus importante du traitement post-opératoire, est celle de l'alimentation précoce ou tardive, car les sutures sont très précaires et délicates.

Certains auteurs pensent, que les mouvements péristaltiques de l'intestin sont seuls suffisants, pour faire lâcher les sutures.

D'autres auteurs ainsi que nous l'avons déjà vu,

pour éviter l'alimentation précoce par la bouche, ont pratiqué une fistule jéjunale.

Certains chirurgiens (Schlatter) au contraire, ont donné sans inconvénient des liquides à leurs malades, dès le lendemain de l'opération.

Le souci d'éviter l'inanition ne doit conduire le chirurgien, ni à nourrir les malades trop tôt par la bouche, ni à établir une duodénostomie ou une jéjunostomie. Il est possible d'alimenter les malades, de les hydrater surtout, soit par voie rectale, soit par voie intraveineuse, soit par voie sous-cutanée.

LES RÉSULTATS

Par résultats immédiats, nous entendrons les accidents et les incidents, qui surviennent pendant les trois ou quatre premières semaines suivant l'opération.

La mortalité opératoire est difficile à préciser. Sur les 132 cas, retenus par J. Ducuing, C. Soula, et R. Fränkel, 55 opérés sont morts pendant ou immédiatement après l'opération ; 3 malades sont morts au cours même de l'opération ; 6 autres, du choc opératoire.

Un autre facteur de mortalité est la péritonite, qui a des causes variables, dont les plus importantes sont les conditions particulières de la nutrition des tissus anastomosés.

On peut cependant attribuer à la mauvaise qualité des sutures, presque tous les cas de péritonite ; cette imperfection des sutures n'étant pas une faute de technique, mais étant due aux troubles nutritifs de l'anastomose œsophago-intestinale.

L'inanition constituerait une autre cause de mort, à la suite de gastrectomie totale. (Trinkler et Miyagi). Les pneumopathies également, mais elles sont rares.

Pendant la période qui vient après celle des suites

opératoires immédiates, et que l'on peut appeler, période d'adaptation à l'agastrie, on peut faire diverses constatations.

Les difficultés et les inconvénients de l'adaptation sont le plus souvent masqués, par une alimentation bien réglée, et par les avantages qu'apporte l'exérèse du cancer. L'adaptation à l'état d'agastrie s'est déjà faite, dans une certaine mesure tout au moins, avant l'opération ; dans la plupart des cas en effet, les fonctions de l'estomac étaient partiellement et même parfois complètement supprimées, par la maladie primitive.

Les troubles de cette période ne sont pas très marqués d'ailleurs ; à côté des nombreuses constatations d'augmentation de poids, on trouve peu de cas où des troubles importants aient été signalés.

Quand aux résultats tardifs de la gastrectomie totale, il est assez difficile de les préciser. Bien des travaux ne rapportent que les résultats opératoires immédiats, et n'ont pour but que la description de la technique.

Néanmoins, il est certain qu'un grand nombre d'opérés sont morts rapidement de récidives ou de métastases. Généralement, cette mort est survenue entre 5 et 14 mois après l'opération, mais toujours après une période d'amélioration manifeste, avec augmentation considérable de poids, et très bon état général.

CONCLUSION

Si l'on considère le point de vue physiologique de la question, la gastrectomie totale soulève des problèmes importants, d'ordre digestif et d'ordre général.

Mais pratiquement la digestion étant peu troublée, les problèmes les plus intéressants, sont ceux concernant les modifications humorales.

Au point de vue chirurgical, en matière de gastrectomie totale, il faut considérer ce qui a été fait et ce qui pourrait être fait.

La gastrectomie totale a été pratiquée surtout, dans le but d'élargir les indications de l'exérèse en faveur des cancers étendus, qui paraissaient au-dessus des possibilités chirurgicales.

Cette intervention semble présenter un intérêt différent. Il faudrait établir les indications de la « gastrectomie totale de principe ». Elle pourrait en effet être étendue à tous les cancers de l'estomac ; pour un cancer du pylore, il faudrait enlever la totalité de l'estomac, comme pour un cancer de l'utérus on procède à l'exérèse de tout l'organe.

Mais alors interviennent des questions de technique chirurgicale ; il faudrait que la gastrectomie totale de principe, soit réalisable par tout bon chirurgien, que

sa mortalité ne soit pas trop élevée, et que le succès opératoire soit la règle.

Il est difficile d'établir une statistique de la mortalité opératoire et du temps de survie des opérés, les travaux publiés se rapportant surtout aux résultats heureux. Cette mortalité semble néanmoins très élevée ; la mort des malades opérés de gastrectomie totale est due presque régulièrement, à une péritonite par désunion primaire ou secondaire des sutures.

Les principales causes de mortalité sont donc constituées, par les conditions anatomiques et physiologiques de l'organe sur lequel on opère.

L'idée de la gastrectomie totale de principe se trouve donc subordonnée à la sécurité de ses suites.

Vu : le Président de la thèse,

SOULA.

Vu : le Doyen de la Faculté
de Médecine de Toulouse,

GORSE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Toulouse,

R. DELTHEIL.

